

Tarja Heiskanen

# Opioidien pitkäaikainen käyttö – punnitse turvallisuus

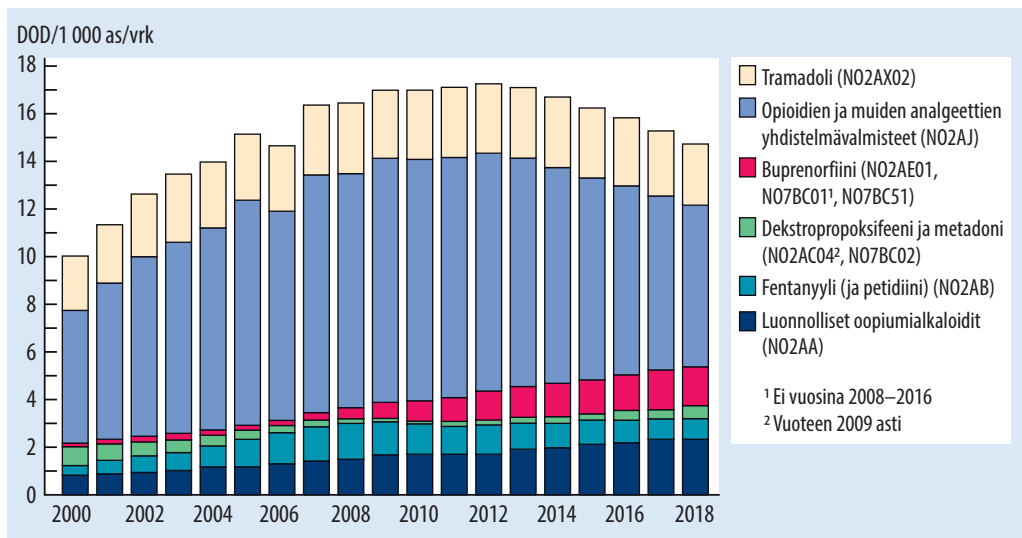
Opioidit lievittävät kipua vaikuttamalla sekä kivun sensoriseen (voimakkuus) että emotionaaliseen (häiritsevyys) ulottuvuuteen. Opioidien moniin muihin vaikutuksiin kuuluvat myönteisten tunteiden korostuminen sekä ahdistuksen, pelon ja surun väheneminen (1). Opioidien keskeisyydestä akuutin kivun ja syöpäkivun hoidossa ei ole epäselvyyttä, mutta pitkäaikaisen kivun aiheuttaman kärsimyksen ratkaisuksi opioideista ei ole, ja niiden käyttöön liittyy monia turvallisuusriskejä.

Pitkäaikaista kipua voi aiheuttaa laaja joukko sairauksia selän välilevyrapeumasta vyöruusuun ja nivelreumasta aivoinfarktiin. Masennus ja ahdistus ovat yleisiä pitkäaikaisen kivun liitännäisöitä. Pitkäaikaisesta kivusta saattaa muodostua monitahoinen vyyhti, johon kietoutuvat potilaan somaattiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat. Kivun pitkittyminen heiken-

täkin potilaan elämänlaatua yhtä paljon kuin edennyt syöpäsairaus (2).

Opioideista on haettu parannusta pitkäaikaisen kivun vaatimattomiin hoitotuloksiin 1980-luvulta alkaen, jolloin useissa pienissä tutkimuksissa todettiin valikoitujen kipupotilaiden hyötävän opioideista, ainakin lyhyen aikaa (3). Hiukan myöhemmin tuotiin markkinoille pitkävaikutteinen oksikodoni, mikä käynnisti opioidien käytön nopean yleistymisen erityisesti Yhdysvalloissa ja pienemmässä mittakaavassa muissa länsimaissa. Opioidien käytön kehitys Suomessa esitetään **KUVASSA**.

Vasta pitkäaikaiskäyttäjien määrän lisääntymisen myötä on sittemmin kertynyt tutkimusnäyttöä jatkuvan ja varsinkin suuriannoksen opioidilääkityksen merkittävistä haitoista ja vähäisestä hyödystä (4–6). Haittavaikutuksista tavallisimpia ovat väsymys, suun kuivuminen ja ummetus, mutta myös masennuksen voimis-



**KUVA.** Opioidien kulutus Suomessa vuosina 2000–2018 (Fimea, Suomen Lääketilasto 2018).



tuminen, hormonaaliset muutokset ja etenkin iäkkäiden potilaiden tapaturma-alttiuden lisääntyminen (7,8). Vakavimpia haittoja ovat riippuvuuden kehittyminen ja tahattomat tai tahalliset opioidiyläannokset.

Yhdysvaltojen opioidikriisi on tuonut esiin pitkäkestoisen ja suuriannoksisen opioidien käytön karuimmat vaikutukset: samanaikaisesti käytön lisääntymisen kanssa sekä opioideihin liittyvät kuolemat että opioidiriippuvuudesta johtuvat vieroitushoitojaksot ovat moninkertaistuneet (9). Vaikeimmat ongelmat ulottuvat myös käyttäjien lähipiiriin: Yhdysvalloissa alle 19-vuotiaiden lasten sairaalahoitojaksot reseptiopioidien aiheuttamien myrkytysten vuoksi lisääntyivät vuosien 1997–2012 seurantajaksona 165 % (10).

Koska opioidien hyödyt pitkäaikaisen kivun hoidossa ovat vähäisiä mutta haitat merkittäviä ja pahimmillaan henkeä uhkaavia, tulisi opioidilääkityksen aloittamiskynnyksen olla korkea. Useiden tutkimusten mukaan pitkäaikaisen opioidilääkityksen käyttäjiksi päätyy kuitenkin nimenomaan potilaita, joiden riski saada vakavimpia opioidihaittoja on suuri. Ilmiöstä on käytetty termiä ”käänteinen valikoituminen” (9).

Opioidien käytölle altistavia tekijöitä ovat psyykkiset sairaudet, kuten masennus, ahdistuneisuushäiriö tai kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä aiempi opioidi- tai muu päihderiippuvuus (11). Ruotsalaisen nuorten aikuisten seurantatutkimuksen mukaan pitkäaikaisen opioidienkäytön todennäköisyyttä lisäsivät psyykkisten oireiden lisäksi lapsuudenperheen heikko sosioekonominen asema ja vanhempien psyykkinen sairaus tai päihderiippuvuus (12).

Pieni vähemmistö, enimmillään noin kolmannes huolellisesti valituista ja seuratuista potilaista hyötyy opioideista ja voi käyttää niitä turvallisesti pitkäaikaisen kipunsa hoitoon (13). Näille potilaille ominaisia ovat paikallinen kipu, jolle on selkeä diagnoosi, sekä vähäinen somaattinen ja psyykkinen oheissairastavuus ja ehjä sosiaalinen tukiverkko.

Turvallista opioidin käyttöä ennustaa myös potilaan realistinen tavoite kivunlievityksessä ja aktiivinen fysioterapeuttisten ja psykologisten hoitokeinojen käyttö. Pitkäaikaisessa käytössä on kuitenkin syytä varmistaa, etteivät opioidian-

noset ala suurentua. Elinikäinen opioidilääkitys on äärimmäisen harvoin hyvä suunnitelma.

Kuinka lääkäri sitten osaisi ennustaa, kenelle pitkäaikaisesta kivusta kärsivälle potilaalle opioidei olisi sekä tarpeellinen että turvallinen? Sekä kotimaisia että kansainvälisiä suosituksia on lukuisia (14,15). Yliopistosairaaloiden ylläpitämään TerveyskyläPro-verkkopalveluun on lähiaikoina avautumassa Opioidivaaka, jota voi käyttää apuna pohdinnassa ([www.terveyskyla.fi](http://www.terveyskyla.fi)).

Etenkään nuorten aikuisten pitkäaikaiseen kipuun ei tulisi aloittaa opioidia lainkaan ilman moniammatillista arviota muista kivunhoidon mahdollisuuksista. Potilaan sitoutumattomuus psykologisiin tai fysioterapeuttisiin kivunhallintakeinoihin ei oikeuta pitkäaikaista opioideihoitoa vaihtoehtona. Mahdollisuus moniammatilliseen kivunhoidon arvioon olisi tärkeää saada erikoissairaanhoidon moniammatillisten kipuklinikoiden lisäksi myös perusterveydenhuoltoon, kuten sosiaali- ja terveysministeriön kivunhoidon asiantuntijatyöryhmä raportissaan vuonna 2017 ehdotti (16).

Tärkeintä on käyttää harkintaan riittävästi aikaa: opioidilääkityksen aloittamisella pitkäaikaiseen kipuun ei pidä olla kiire. Lääkärin tulee tuntea kipupotilaansa perhetaustasta ja psyykkisestä voinnista alkaen, eikä tämä ole mahdollista yhden vastaanoton tai kiireisen päivystystilanteen perusteella. Ellei kyseessä ole edennyt syöpä sairastava potilas, ei muualla kirjoitettuja opioidireseptejä tulisi potilasta tapaamatta uusia, sillä moni ongelmallisesti pitkittyneistä opioidilääkityksistä saa alkunsa akuuttiin kipuun tilapäiseksi tarkoitetun opioidilääkityksen lipsahtamisesta pysyväksi (17).

Pitkäaikaisesta kivusta kärsivä potilas on usein tuskastunut ja tarvitsee apua. Koska pitkäaikaiseen kipuun on vain vähän nopeita ja helppoja hoitokeinoja, saattaa pikainen opioidireseptin kirjoittaminen joissain tilanteissa tuntua hyvältä keinolta vastata potilaan tarpeeseen. Jo aloitetusta opioidilääkityksestä on monen potilaan kuitenkin myöhemmin hyvin vaikeaa luopua, vaikka kivunlievitys olisi vaatimaton ja haittoja paljon (18). Sekä potilaan että lääkärin etu on, että opioidilääkityksen aloittamista pohditaan vasta, kun sen turvallisuus on huolellisesti punnittu. ■

## KIRJALLISUUTTA

1. Nummenmaa L, Tuominen L. Opioid system and human emotions. *Br J Pharmacol* 2017;175:2737–49.
2. Vartiainen P, Heiskanen T, Sintonen H, ym. Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *Pain* 2016;157:2269–76.
3. Portenoy RK, Foley KM. Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: a report of 38 cases. *Pain* 1986;25:171–86.
4. Edlund MJ, Steffick D, Hudson T, ym. Risk factors for clinically recognized opioid abuse and dependence among veterans using opioids for chronic non-cancer pain. *Pain* 2007;129:355–62.
5. Hoffman EM, Watson JC, St Sauver J, ym. Association of long-term opioid therapy with functional status, adverse outcomes, and mortality among patients with polyneuropathy. *JAMA Neurology* 2017;74:773–9.
6. Krebs EE, Gravelly A, Nugent S, ym. Effect of opioid vs nonopioid medications on pain-related function in patients with chronic back pain or hip or knee osteoarthritis pain. *JAMA* 2018;319:872–82.
7. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, ym. Opioids in chronic non-cancer pain: a systematic review of efficacy and safety. *Pain* 2004;112:372–80.
8. Solomon DH, Rassen JA, Glynn RJ, ym. The comparative safety of analgesics in older adults with arthritis. *Arch Intern Med* 2010;170:1968–78.
9. Sullivan MD, Howe CQ. Opioid therapy for chronic pain in the United States: promises and perils. *Pain* 2013;154:94–100.
10. Gaither JR, Leventhal JM, Ryan SA, ym. National trends in hospitalizations for opioid poisonings among children and adolescents, 1997 to 2012. *JAMA Pediatr* 2016;170:1195–201.
11. Quinn PD, Hur K, Chang Z, ym. Incident and long-term opioid therapy among patients with psychiatric conditions and medications: a national study of commercial health care claims. *Pain* 2017;158:140–8.
12. Quinn PD, Rickert ME, Franck J, ym. Associations of mental health and family background with opioid analgesic therapy: a nationwide Swedish register-based study. *Pain* 2019;160:2464–72.
13. Bialas P, Meier C, Klose P, ym. Efficacy and harms of long-term opioid therapy in chronic non-cancer pain: Systematic review and meta-analysis of open-label extension trials with a study duration > 26 weeks. *Eur J Pain* 2020;24:265–78.
14. Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2017 [päivitetty 22.8.2017]. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
15. Chou R, Fanciullo GJ, Fine PG, ym. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. *J Pain* 2009;10:113–30.
16. Kroonisen kivun ja syöpäkivun hoidon kansallinen toimintasuunnitelma vuosille 2017–2020. Asiantuntijatyöryhmän ehdotus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.
17. Sun EC, Darnall BD, Baker LC, ym. Incidence of and risk factors for chronic opioid use among opioid-naïve patients in the postoperative period. *JAMA Int Med* 2016;176:1289–93.
18. Thielke SM, Turner JA, Shortreed SM, ym. Do patient-perceived pros and cons of opioids predict sustained higher-dose use? *Clin J Pain* 2014;30:93–101.



**TARJA HEISKANEN, LT, anestesiologian erikoislääkäri, kivunhoidon ja palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys**  
HYKS, Kipuklinikka

## SIDONNAISUUDET

Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen Kivuntutkimusyhdistys, Suomen Lääkäriliitto, Itä-Suomen yliopisto, Tampereen yliopisto), luottamustoimet (Suomen Kivuntutkimusyhdistyksen Syöpäkiputoimikunnan jäsen)